

【資料】

英国における、児童虐待、DV等を中心とした 人身保護対策のための多機関連携枠組についての資料

吉 田 如 子

社会安全・警察学研究所 研究員

第0節 前書き

第1節 システムズアプローチの有効性—Munro教授の議論から

第2節 マンロー報告要約 (The Munro Review of Child Protection: Final Report-A child-centred system)

第3節 MASH (多機関協働情報共有システム) (Multi-Agency Working and Information Sharing Project)

第0節 前書き

平成28年5月に実施された本研究所の研究会では、ある重篤な児童虐待事例の検討を行った。その議論における関心は、当該事例のどの時点、あるいは、どの機関の判断に『間違い』があり、どのような『正しい』行動をとりえたかという点に集中しがちであったように思われる。事件当時の状況と行動判断の事後的かつ批判的検討は、同様の問題発生防止において重要ではあるが、英国においては、このようなアプローチによっては児童保護を巡る様々な問題を根本的には解決することは困難として、新しいアプローチ (システムズアプローチ、システム論) を採用しつつある。日本においても家族療法などにおいては採用されているアプローチだが (児玉 1994、村上 2004)、政策レベルでは英国ほどではないと思われる。そこで、このアプローチについて知ることは有用ではないかと考え、三点の関連文献を抄訳によって紹介することとした。この三点の関連文献とその意義は以下の通りである。

英国においても他国と同様、児童保護を巡っては活発な議論が行われている。中央政府による大規模な調査委託もしばしば行われており、現在の児童保護政策の基調となっているのが、英国教育省 (Department of Education) の委託を受けて、ロンドンスクールオブエコノミクスのMunro教授が上程したThe Munro Review of Child Protection: Final Report A child-centred system (以下、マンロー報告) である (その意義については、田澤 2012参照)。このマンロー報告において、問題分析の枠組として採用されたのが、Munro教授が長年提唱してきたシステムズアプローチ、システム論である。本資料においては、このシステムズアプローチを理解するために、Munro教授による2005年発表の論文の抄訳を紹介する。また、マンロー報告を受けて、英国地方自治体は、多機関連携、それも日常ベースでの連携を目指して、関係機関を同じ建物に配置し、関係機関職員混成チームを作るなど、M A S H (M ulti-Agency Working and Information Sharing Project) プロジェクトを進めており、その効果について調査が実施された。

本資料では、時系列に沿って、児童保護問題におけるシステムズアプローチの有用性についてのMunro教授の論文、その後にマンロー報告、最後にマンロー 報告を受けて組織文化等を含む『システム』の改革を目指すMASHプロジェクトについての調査報告を抄訳によって紹介する。

第1節 システムズアプローチの有効性—Munro(2005)の議論から

9歳のVictoria Climbié虐待死を巡る報告書(以下Climbié報告、Department of Health 2003)は画期的とも言えるが、同時に、1973年に起こった7歳のMaria Colwellの義父による殺害に関する報告(HMSO 1974、この事件の詳細はHowells 1974、田邊 2006:101-128に詳しい)以降の様々な児童虐待事件に関する報告書と、問題点のとらえ方、改善方法、今後の防止策といった点で似通っている。Climbié報告における画期的な点は、関係者による対応の質が極めて低いレベルに落ち込み、多くの関係者が多くの機会において問題ある対応をした事実を指摘したことである。問題点は十分に分析され、正確に指摘され、対応策も充分と考えられるのに、状況が改善を見ないのは、この従来のアプローチが、問題点、多くはヒューマンエラーを指摘することに終わり、その問題点あるいはヒューマンエラーを出発点として、それらがなぜ起こるのかを追求しないことである。この従来のアプローチに代えて採用すべきは、エンジニアリング分野で今日一般的なシステムズアプローチである。

エンジニアリング分野においても、かつて状況は同様であった。飛行機事故や原子力発電所トラブルにおいて、調査者は技術的な問題点を確認し、最終的には、警告灯の未確認、計器の読み間違いなどのヒューマンエラーに行き着き、それで十分な説明になると考えた。このような姿勢から導かれる解決策は主に三点である。①勤勉に働くよう心理的圧力をかける、②不確かな人間による判断の範囲を狭めるために可能な限りオートメーション化、あるいは、形式化を図る、③一線活動をモニターする。しかしこのような解決策は問題を解決しないばかりか、時にさらなる問題発生につながった。たとえば、オートメーション化は、当然のことながら、オートメーション化可能な部分のみについて行われ、残りは人間の判断に任される。つまり、問題発生時の対応である。しかし、過程の大部分がオートメーション化されているため、人間にはどこでどのように問題が発生したのかはわからない。したがって問題発生時の対応が困難になり、またしてもヒューマンエラーによって、時には以前よりもさらに重篤な問題が発生するのである。そこでエンジニアリング分野においては、エラーを発見して事足りるとする従来のアプローチではなく、システムズアプローチをとるようになった。大災害が、一人の無能な職員による重篤なミスに起因したと評価されたことはほとんどない。むしろ、それだけは深刻な結果をもたらさない小さな手違いや手抜きが蔓延した状況下で、不幸な偶然によって大きな事故につながるケースが多い。とすれば、効果的な解決策は、この非常に長い因果関係の最後の部分のみを変えることではない。この長大な因果関係、つまりシステム自体を対象としてすべきなのである。

児童保護業務においても同様の状況である。従来のアプローチからとられる改善策は、管理職によるモニタリング、細部にわたるガイドライン、職員による判断の差異が出ないように標準化されたプロトコル、評価の枠組などであるが、エンジニアリング分野と同様、標準化できない部分で新たな問題が発生している。しかしながら、Climbié報告は、この事件に関わった職員による質の低いプラクティスに原因を帰し、その解決策として一線職員に対するより一層の監督とモニタリングを挙げている。しかし、なぜ、必要とされる教育を受け、子どもの健全育成に関わりたいという目的を持って児童保護に関わる人々がそれほど質の低いプラクティスを行うのだろうか？これがシステムズアプローチの出発点である。従来のアプローチと異なり、システムズアプローチにおいては、そのようなミスや質の低いプラクティスの原因を、それを行った個人だけでなく、システムの全ての部分に求める。従来のアプローチは、人がミスを冒したとき、「他にやりようがあったはず」という前提に立っている。だからこそ、発生した悲劇の原因を一人の、あるいは、何人かの人間の行動に帰するのである。しかしシステムズアプローチにおいては、人間は一つのファクターに過ぎず、悲劇は、その個人とシステム全体との相互作用によって発生すると考える。つまり、職員は確かに子どもや親、保護者と交流するが、効果的な援助あるいは援助の失敗は、家族が抱える問題と職員の有する専門知識や資源との関係によって派生すると考えるのである。プラクティスの質は3つの要素に影響される。その3要素とは、①個人に属する要素、②資源と制約、③組織文脈、あ

るいは、組織文化の三点である。

さて、①個人に属する要素について考えてみよう。我々が何らかの悲劇を観察するとき、後知恵をもってそれを見るため、我々にとってはどのような情報や行動が本質的に重要であったかは明白である。しかし、なぜミスをしたかを理解するためには、'Local Rationality'、局所的合理性を再構築する必要がある。結果としては間違っていた判断をなぜ当時は合理的なものと考えたか、その理由を探るべきなのである。その理由を理解するためには、人々のグループ、組織の認知や行動がどのような要素に影響されるかを探索しなければならない。我々は、判断という行動について、全ての証拠を吟味し熟慮した上で行うものと仮定している。しかし、現実には、児童保護業務における判断とは、(1) 流れの一部に過ぎず、(2) 単独ではなく複数のグループによって行われ、(3) これらの複数のグループは、彼らに対する賞罰を設定し、首尾一貫しているとは言えない目標を設定し、時に充分とは言えない資源を提供する組織文脈の中に存在している。我々は経済学で言う'Bounded Rationality'、限定的合理性しか持ち得ないのである。したがって、ミスの原因を理解するためには、児童保護に携わる人々が、限定的合理性の中で、彼らの職務や社会からの要請を如何に理解し、ある判断や行動を合理的と感知するのかを理解しなければならない。Climbie報告によれば、ケースに関わった複数の職員は十分な経験がないと感じており、特に幹部は職員らの英語の熟達度に不安を抱いていた。児童保護に関わる人々は、感情的に疲弊し、時に肉体的な暴力を受け、いわゆるバーンアウト、現実感喪失あるいはシニシズムなどに苦しみ、自らの職務から感情的、あるいは、認知的に距離をおくことも少なくないが、Climbie報告においても、児童の苦しみに対する職員の同情心が薄れていく様子がうかがわれる。当時の担当者の仕事量は、児童虐待ケースは7件までとのガイドラインを超えて9件であり、様々な情報は些細な断片となっていた。そもそも人間にとって、自らの前提や解釈を覆すような新しい証拠に対して十分な注意を払うことは困難であり、当初の仮定と矛盾する証拠は、それほど矛盾しないかのような解釈や評価を与えられがちである。これを防ぐためには、深く関与していない人物の視点が有用であり、通常は一線職員の監督を職務とする上級職員がそれを担当するが、Climbie報告ではこのような監督が、211日間に30分しか行われなかったことが報告されている。また、児童保護においては、ケアをしつつコントロールし、保護者を支えながら虐待者として調査し、家族を守りつつ子どもを救わなければならない。理想的には、担当者はこの背反的な二つの課題を常に意識していることが望ましい。しかし、Climbie報告では、被害児童が、1989年児童法第17条(1989 Children Act, section 17)の定義する要援助児童に分類されたことにより、同法第47条による虐待の可能性を前提とした調査が行われなかったことも明らかとなった。また、現在の監査システムは、一線職員に対し大量の書類作成を課しており、実際に援助すべき家族と過ごす時間を奪っている。同時に、質より量を評価するシステムとなっているため、職員が可視的な量的達成を目標としてしまう。

次に、②資源と制約について見てみよう。すでに明白となったのは、専門家の善意は、必ずしも受益者にとってよい結果につながらないことである。これはエンジニアリング分野でも同様である。工業分野においてヒューマンエラーを減らすためにオートメーション化を進めるとき、エンジニアはオートメーション化しやすい部分を選択する。したがって、人間が担当するのは、オートメーション化に不向きな部分であって、人間が得意な部分ではないのである。児童保護においても同様のことが起こっている。児童保護業務におけるIT技術の導入は、形式化されやすい部分について行われ、それが職業上の専門性にどのように影響しているかについては吟味されていない。児童保護業務において重要な資源であるはずのコンピュータプログラムは、一線職員が短時間で判断できる事例についてしか判断を下すことができないばかりか、一線職員の専門性を活用した上での判断を制限している。

最後に、③組織文脈、あるいは、組織文化の重要性である。組織文脈/文化は、一線職員のパフォーマンスに強い影響を与える。何が重要で何が重要でないかの、公然、および、暗黙のメッセージは、一線職員の行動選択に大きく影響する。例えば何を優先事項とするかの選択においてである。児童保護においては、職員は家族に対する援助対児童保護というジレンマを抱える。たとえば、組織が、児童保護とは時に矛盾しうることを指摘せずに、家族に対する援助に重点をおく

らば、一線職員は板挟みに陥る。さらに、現在の児童保護を巡る監査システムの目的は、職務執行の透明性確保であるが、パフォーマンスを計る指標は、サービスを受けた家族の状況が正確にわかるものというよりは、記録しやすい指標が選ばれることが多い。つまり、ケースカンファランスが開催されたか否かは記録されるが、そのケースカンファランスが、信頼できる根拠に基づいたよい意味で批判的な協議内容であったか、あるいは、子どもへの有効な援助が計画できたかは計測されない。したがって一線職員は、数値を重視し、質を高めるための努力をおごなりにしがちである。このような組織文化は、社会全体の価値観や期待に呼応している。重篤な児童虐待を見過ごすなどの失態に対する社会からの批判を恐れ、組織は責任を帰せられることのないように行動する。その具体例は、'Protocolization'、手続化である。組織は、ケースを扱うに当たって『正しい』手続を定め、定義し、その手続を職員が遵守したことを強調する。子どもは死亡したかもしれないが、対応した記録は残っており、批判を避けることができる。このような組織にあっては、職員は悲劇を防ぐことより、批判を避けることが重視される。

さて以上のような従来のアプローチとシステムズアプローチではどのように異なるだろうか。重要な差異は、①責任の問題、②調査の対象、③解決方法の性質、についてである。

従来のアプローチにおいては、悲劇の原因を特定することには二つの目的があった。一つは、間違いを明らかにして再び繰り返さないことであり、もう一つは、責任の所在を明確にすることである。システムズアプローチは、従来のアプローチに比較して、よりよい問題解決方法を発見できるが、責任の所在の明確化には不適當である。システムズアプローチにおける関心は、ミスの背景を理解した上で、状況を改善することである。しかし、責任の所在を明らかにすることは社会的要請であり、事後調査においてはこの二つの目的は分離して考えた方がよい。つまり、職員に対する評価のメカニズムとしての責任所在明確化の問題と、悲劇の原因を特定するために行う責任問題を問わないシステムズアプローチとを。児童保護においては、職員は、誤っていることの多いデータと限られた理解を前提に事案に対応している。したがってある程度のミスは避けられない。Climbie報告においては、12件以上の誤った対応が指摘された。したがって、このケースは、初歩的なミスが常態化した例と結論づけられたのである。しかし、システムズアプローチからは、この調査の対象は狭すぎる。このケースを巡るシステムの様々な部分と他の部分の相互作用に注目することが重要である。確かにClimbie報告は画期的であった。本報告以降、児童保護に携わる職員を対象とした教育、訓練においては児童虐待を主要なものとし、現在ではきわめて一般的となったケースカンファランスの導入を勧告、多機関連携の枠組を作り上げた。しかし、なぜこれほど多くの組織や職員が初歩的なミスを冒したのかについては明らかにされていない。この初歩的なミスが、なぜ当時の組織や職員にとって合理的な行動と思われたのか、それを明らかにするためには、従来のアプローチではなく、システムズアプローチをとるべきである。

第2節 マンロー報告要約（The Munro Review of Child Protection: Final Report ——A child-centred system）

2010年10月の本報告初版は、今日の児童保護システムが様々な要素に影響され、防衛的で、手続とその記録のみを強調するシステムとなっており、児童、青年、および家族とともに働くための専門知識を深め、それを組織として支えることに十分な関心が払われていないことを明らかにした。

2011年2月に出版された報告第二版は、児童の児童保護システムにおける経験を、つまり、児童が援助を必要とするところからそれを得るまでの過程をどのように改善できるか吟味した。結論としては、『どのように正しく行うか』（例：手続を正しく踏む）ことではなく、『正しいことをする』（例：児童や青年が援助を受けているか確認する）ことが必要である。第二版で始まった、改革すべき分野についての徹底的な検討は、本最終報告につながっている。

＜職業的専門性を重視するシステム＞

児童保護に携わる一線職員や管理者は、法定のガイダンスや目標、地方自治体による規則が過度に広範囲にわたっており、子ども中心の業務実施が困難になっていると述べている。また、援助も標準化され、多様化する要請に応じたものになっていない。本報告は、政府による規制等の削減を勧告し、現在の遵守を重視する文化から学ぶ文化へと移行し、専門家たちが、援助の必要性や適正性の判断を自由に行うことを勧告する。

本報告は、政府が現在の多機関連携の法定ガイダンスを見直し、不要、あるいは、有用でない規定を削減し、効率的な多機関連携における基本ルールとよい先例に実証された原則のみに関与することを勧告する。例えば業務をゆがめる働きのあるアセスメント標準時程表などは廃止すべきである。時期に適った対応の原則は、アセスメント初期だけでなく、児童や青年に援助を与える過程全てに適用されるべきである。

一線活動における優先事項の決定においては、監査が重要な影響を持つため、監査も遵守文化から学ぶ文化への移行に沿った形に変えるべきである。本報告においては、Ofsted（the Office for Standards in Education, Children's Services and Skills）との密接な協力関係によって、本質的に重要な事項、つまり、児童が援助を受けているか否かなどの事項に、監査を集中させる方法について議論してきた。本報告は、報告書第二版が勧告するように、煩雑な手続的負担を減らすために、予告なしの監査を実施することを勧告する。同時に、監査の枠組として、公衆衛生、教育、警察、保護観察機関、司法機関など、全ての地方自治体組織の貢献の有効性を評価するにあたって、児童、青年、家族の経験をその中心に据えることを勧告する。

＜早期援助における責任の共有＞

複数の先行報告と同様、本報告は、児童と家族に対する早期の介入が効果的とのエビデンスの増加と、そのエビデンスが示唆する早期援助の重要性を認める。予防的サービスは、事後的サービスよりも、虐待やネグレクトの減少に資する。多くの公機関や職員が子どもと家族に関わっているため、お互いに協働することは非効率性や見落としを防ぐために重要である。本報告は、中央政府は、地方自治体とその法定パートナーに、児童、青年、家族への初期援助の実施確保を義務づけることを勧告する。これにより、特定の子どもと家族が必要としている早期援助の発見と、児童保護の基準に達しないまでも必要とされている援助の提供につながるはずである。

予防的、および、その他のサービスにおいても、虐待やネグレクトを受け、あるいは、受ける可能性があり、Children's Social Care（以降、児童相談所）への通告が必要な児童や青年を発見するための手助けとなるメカニズムが必要である。児童虐待やネグレクトと親側の問題、つまり、親が抱える精神疾患や家庭内暴力、薬物使用との関連は、すでに十分に確立されている。兆候や症状は時には明白ではないが、児童や青年、親を含む成人に関わる職務に就く人々が、社会福祉の専門家と問題について話し合い、児童相談所へ通告すべきかどうか決定することができる環境を作ることが重要である。

＜社会福祉関連専門知識の発展を目指して＞

社会福祉に関わる職員に対する法規の増加は、その業務の質の向上を意図しているとは言え、バランスを欠いている。法規を遵守し、その遵守を記録することの負担があまりにも重い。子どもと家族を理解し、彼らを援助するための関係を築くことの重要性が不明瞭になっているほどである。本報告は、関係機関職員が日々の業務において専門職としての判断を下すことを勧告するが、同時にその専門性を向上させることにも関心を抱いている。Social Work Task Force（以降、社会福祉タスクフォース）およびSocial Work Reform Board（以降、社会福祉改革会議）の調査結果にしたがい、本報告は、初期の研修から継続的な専門性の向上まで、社会福祉に関わる人々の知識や技術を根本的に改善することを勧告する。

本報告は、社会福祉に関わる人々が、科学的調査によるエビデンスを、もっとも適正な結論を導き出すための助けとして使用することの重要性を強調する。

本報告は、多岐にわたる法規が、社会福祉に関わる人々が専門職として自らの知識や技術の向上に責任を負うことの妨げになっていると結論する。社会福祉タスクフォース、および、社会福祉改革会議が技術改善のための基礎を作り、一般的なProfessional Capabilities Framework（以降、職業能力フレームワーク）をすでに開発している。本報告は、子どもと家族を巡る社会福祉において必要とされる、知識、批判的な熟考と分析、介入と技術に関する能力について詳細に述べている。本報告は、初期の社会福祉に関するトレーニング、その後の専門性の改善、勤務評価、キャリア構造などにおいて、これらの能力が明示的に反映されることを勧告する。

社会福祉職という職業の改革は、何が子どもの問題を解決する助けになるかについてのエビデンスを活用することによって、児童や青年にとって著しい改善をもたらすはずである。職員の専門性向上にはコストがかかるが、すでに知識や技術の向上のための改革を行った地方自治体においては、そのコストは還元されている。技術を伴った援助により多くの児童や青年が安全に家族と暮らすようになり、コスト削減につながる。子どもの社会福祉という職業を新たな道に導くためには投資が必要だが、本報告はこのような投資は優先的に行われるべきだと考える。

<組織的/文化：効果的な社会福祉実務を支える>

法規の削減により、地方自治体のリーダーは自治を獲得するが、同時に自分たちの職員が高度の知識と技術をもって働くことができるよう、支える責任を有する。本報告は、地方自治体に対し、自らが提供するサービスの範囲を定め、職員が必要とする知識や技術を決定し、そしてそれらの向上を助けることに、責任を持って関与することを勧告する。例えば、地方自治体が、エビデンスによって確立された新しい対処方法を導入したいと考えるならば、それを効率的に実施するために、訓練や監督、IT技術による援助、監査システムをどのように変革すべきか検討しなければならない。児童や青年への援助の質への関心を維持するために、社会福祉の受益者および職員の考えや経験に十分な注意を払わなければならない。

本報告は、社会福祉タスクフォースと同様、現在のキャリア構造が、個人のレベルでも職業全体のレベルでも、専門性の発展を妨げていると考える。なぜなら、昇進によって、子どもや家族との直接の接触をあまりにも早く喪失するからである。キャリアパスがより多角化され、一線職員の声が組織運営により強く反映されることが必要である。本報告は、各地方自治体が、一線職務を継続しつつ実際の技術についてアドバイスをするPrincipal Child and Family Social Worker（上席児童家庭社会福祉士）の任命を行うことを勧告する。

社会福祉タスクフォースの勧告によって創立されつつあるCollege of Social Work（社会福祉専門学校）が、職員が知識や専門性を確立する大きな助けとなるだろう（注：2012年に開校したが2015年予算上の理由で閉校）。本報告は、社会福祉部門は、政府内部において、さらに可視的存在となり発言力を獲得すべきと考える。そのために、政府に対し、社会福祉および児童や青年が受けている援助の有効性について報告するChief Social Worker（社会福祉局長）職の設定を勧告する（注：2013年以降設立、現在も継続）。

<責任所在の明確化とラーニングシステムの創設>

より応答的な児童保護システムの建設において最も大きな課題は、様々な関連職種に就く人々が、児童あるいは青年の人生に発生している出来事についての正確な理解を得、適正な援助を見極めるために協働するために必要な援助を与えることである。そのために児童相談所長やそれに準ずる幹部の責任や役割を明確に区別することは極めて重要である。

本報告は、現内閣による公機関の改革プランに基づき、責任所在の明確化を勧告する。特に、本報告は地方自治体に対

し、児童相談所の所長や幹部の職にある者にさらなる職務を安易に付与することなく、彼らの役割および責任の明確化について熟慮し、我が国の保護すべき弱い立場の子どもたちに対して十分な注意や関心を払うための他の方法について検討することを勧告する。

専門職として判断を下すことを促進するシステムへの移行において、地方自治体の多機関連携システムは、各機関の活動をモニターし、学び、状況に適応させることに優れていなければならない。本報告は、ケースの定期的な検討を標準とし、特に重篤なケース検討においては、システムズアプローチが採用、適用されることを勧告する。

実績に関するデータは、業務管理及び監察業務双方において不可欠の情報である。本報告は、地方自治体とその法定パートナーが、全国および地方規模で収集した実績に関する情報を共に用いて、実績評価基準設定、改善推進、説明責任促進を実施すべきと考える。実績に関する情報は良好あるいは不良な業務を計測する道具としてではなく、その背後の事情を探るために使用されるべきである。生物学上の家族から引き離された子どもの数が少ないことの背後には、例えば、熟達した援助によって子どもたちが安全な状況にあるか、あるいは、危険性の評価が不十分であるか、両方の可能性が考えられる。

＜本報告の実施＞

本報告への対応として、政府は、役割、業務責任、そして説明責任を明確にし、システムが目指すべき目標を設定した上で、専門家たちにそのゴールを達成するためにどうすべきか判断させるべきである。過去においては、問題発生は、中央政府による規制の増加につながり、現在の過度に手続化されたシステムに至った。本報告は、そこからの転換を提案する。システムは複雑であり、精緻な予想や統制は可能ではない。フィードバックは、問題を早期に発見し解決するという目的において重要なメカニズムである。

本報告による勧告は、本質的なルールや原則と職業的専門性の良きバランスである。子どもの援助は人間的な過程である。業務の官僚的な側面があまりにも支配的になると、本来の趣旨が喪われる。本報告については、全ての勧告について考慮されるべきであり、一部だけを採用すべきではない。学ぶシステムを作り上げないまま規制だけを減少させることは、望ましいシステム改革につながらない。一方で、地方が自ら責任を負えることを示すまで、中央からの規制を減らさないのは地方の変革を妨げることになる。また、本報告は、短期間での変革を目指すことには異議を唱える。本報告で勧告した変革の深みが効果的に実現されるためには、長い時間をかけて、必要な知識や技術を浸透させたり新しい対処の経験を蓄積したりする必要がある。全ての勧告が取り入れられれば、これらの改革は、法制と専門知識の活用のバランスを取り戻し、児童保護の関係者は常に子ども中心の姿勢を保てるだろう。

第3節 MASH（多機関協働情報共有システム）

（Multi-Agency Working and Information Sharing Project Report 2014）

本報告の目的は、英国内務省が資金を提供して実施された、多機関協働情報共有モデルの現状についてよりよく理解することを目的とした調査の結果を周知することである。現在、多くの場合Multi-Agency Safeguarding Hub (MASH)と呼ばれているこのモデル事業は、よりよい情報共有システムと質の高い時宜を得た対応によって、児童と成人の保護対応を改善することを目的としている。

＜多機関連携枠組はどのようなものか＞

全ての地方自治体への初期調査ののち、37地方自治体において、児童と被害を受けやすい成人の保護を巡る様々な問題

について面接調査を実施した。そのうち三分の二以上、つまり26の地方自治体が2013年1月から4月の時点で、多機関連携枠組をすでに構築済みと回答した。そのうち、半数がMASH（Multi-Agency Safeguarding Hub）という呼称を使用していた。大半の地方自治体は、同時に、単に情報ネットワークなどを共有するだけでなく、多機関を同じ建物などに所在させていた（co-location、以降コーロケーション）。面接調査の時点では二つの機関のみであっても、その後三機関以上を含むMASHに発展した地方自治体もある。

多機関連携枠組は様々なかたちをとっているが、三点の共通項がある。①情報共有、②共同意思決定、③共同介入、である。多機関連携に参加する機関は、子どもや成人の保護に関わる地方自治体組織、警察、保健、保護観察機関などで、しばしばコーロケーションを行い、あるいは、何らかのオンラインでの情報共有を実施している。多機関連携枠組のうち、MASHと定義されるものは、同じ場所に（一つのグループとして）関係機関が所在し、保護活動のハブとして、リアルタイムでの情報共有、意思決定、意思疎通を行う場合が多い。多機関連携は、主に三つの段階を通して発展し、初期段階では何らかの協働関係を持つことから始まり、次段階では、多機関によるオンライン上での情報共有や共同意思決定へと進み、最終的には、複数の機関がコーロケーションするハブにおいて、リアルタイムでの情報共有、共同決定、そしてコミュニケーションが行われるようになる。この最終段階がしばしばMASHとの呼称を用い、本報告においてはこのMASHレベルの多機関連携について論じている。MASHレベルの多機関連携枠組を導入していない地方自治体においても、複数機関による共同活動を促進している。また、多機関連携ではなくとも、シングルポイントエントリーチーム、つまり、被害者や第三者が問題の種類にかかわらず通報できる統一窓口の設置は効果的な公的資源配分を促進している。オープンドアチーム、あるいは、ファーストレスポンスチームなどと呼ばれるものが含まれる。両者とも保護が必要とされる様々なケースを、問題の種類に関係なく受け付ける窓口となっている。

<多機関連携ハブの『効果』—37地方自治体における面接調査、専門家委員会、職員を対象とした質問票調査より>

面接や専門家委員会においては、単にMASHやその他の形での多機関連携枠組の採用が、それだけでよい保護活動に通ずるわけではないとの意見で一致した。各機関が効果的に自らの保護業務を実施しない限り、MASHの名前だけでは、これから議論するような利点は得られない。多機関連携ハブは、現在齟齬を来している多機関連携のための万能薬ではなく、むしろ、効果的な文化や方法が発展することによって、良好な機関連携をさらに良好なものとし、次に述べるような利点を生み出すものである。

面接調査協力者の多くは、多機関連携ハブは保護の質を改善し、最終的には児童、成人を問わず人々がより安全に暮らせることにつながっていると感じている。それは以下の四点の理由からである。

第一に、危険と保護の必要性についてのより正確なアセスメント、保護に関する意思決定が、共同の、充分にして正確、時宜を得た情報に基づいて行われることが可能になる。ハブの存在により、広範囲から収集された情報が集積され、ケースについて、より時宜を得た、より全体像に近い理解が得られる。また、情報の質が向上することにより、組織間の通告の繰り返しは減少し、『No Further Actions』（対応の必要を認めず）との判断が減少した。グリニッジ大学の調査によれば、MASHの導入により、重篤なリスクがより正確に評価され、ケースの深刻度をより重く評価することが増え、逆に深刻度をより低く評価することは減少したという。重要なのは、危険がより正確に確認されるため、早期の介入が可能となり、状況が悪化する前に予防的行動が可能になることである。これは特に同じ問題が反復されるケースに当てはまる。

第二に、一貫した目的志向のケースの取り扱いが行われる。ケースがシステムの中で忘れ去られることがなくなり、目的や手がかりが最後まで追跡されることにつながる。

第三に、組織間によりよい理解が生まれ、お互いの業務用語や保護への姿勢を理解できるようになる。業務を共同して実施する過程において、お互いの業務対応を精査することになり、業務の質が向上する。情報を共有することに安心感を

抱くようになり、それによって保護の質が向上する。

第四に、方法と資源の効率性が向上する。共同で活動することにより、二度手間が省かれ、職員によるリスク評価見直しが可能になり、人員などの資源を効率的に配分できる。効率性の改善は、一人の職員が抱えるケースの件数の減少やコストの削減につながるわけではない。MASHの導入により、通告の増加があり得ることはいくつかの地域で確認されている。このことは、MASHの導入がなければ情報が共有されない重篤なケースが多数存在することを示している。

＜多機関連携ハブの『中心的機能』－37地方自治体における面接調査、専門家委員会、職員を対象とした質問票調査より＞
本調査において一致した多機関連携ハブの中心的機能とは以下の六点である。

①保護に関わる統一窓口としての機能を有し、保護に関する全ての情報を収集する、②徹底的な調査により潜在的リスクを評価し、対処する、③共同情報共有プロトコルによって組織間で情報を共有する、④共通リスク評価基準の使用することにより、届出、通告のトリアージが一層効果的となる、⑤早期介入を促進し、後に至ってより深い介入が必要となることを防ぐ、⑥共同介入によりケースを取り扱う。

効果的な多機関連携によって、これら六点を実現するためには以下の点が重要である。

まず、参加組織が統一的に働くことが重要である。どの組織が参加すべきかについては様々な考えがあるが、医療・保健関係の専門家の参加は極めて重要である。医療・保健関係者の情報と視点は、多機関連携における保護に関する意思決定において極めて重要である。医療・保健関係者は、医療・保健関係者とは情報を共有するが、それ以外の職員とは情報を共有しない傾向にあると見られている。多機関連携に積極的な医療・保健関係者の参加は極めて有用である。教育関係者の参加も重要である。いくつかの地方自治体においては、ボランティア団体の重要性も指摘された。

第二に、関係機関をコーロケーションすることが重要である。多くの調査協力者が、これは万能薬ではないが、多くの場合、保護業務改善につながると考えている。理由としては、まず、時宜を得た情報交換が行われることである。関係機関がコーロケーションすることにより、いわゆる『ソフトインテリジェンス』、公式の情報交換の場では交わされない、確たる証拠、物理的証拠に基づかない情報が交換される。さらに、組織間に相互理解、尊敬の念が生まれ、よりよい協働関係が生まれる。中には、コーロケーションまで行われなくとも、情報システムを共有しオンライン上で情報交換さえなされていれば問題ないとする地方自治体もあるが、少数派である。ただし、特に非都市部においては、オンライン上での情報交換が重要な補完的役割を果たしている。

第三に、リスク評価基準の共有も欠かせない。お互いに通告する関係にある機関と多機関連携チームがリスク評価基準を共有することによって、各ケースについて明確で十分な情報が共有されることになる。しかしながら、基準の共有よりも、組織文化的障壁や機関同士の関係の影響のほうが大きいと考える地方自治体もある。

第四に、よいリーダーシップと明確なガバナンスが必要である。多機関連携チームがうまく機能するためには、各機関から独立した存在とみなされ、すべての機関をまとめて独自の職場文化を創り出せる一線管理者が必要である。また、年功序列に関係なく一線活動のリーダー全員がMASHの判断や行動についての責任を共同して負うべきである。

第五に、頻繁な監査や調査を行うべきである。どの機関が行うかについては様々な意見がある。

第六に、全ての機関からの戦略的な積極的関与が必要である。職員がリスクを避けすぎることをないようにするためには、上級幹部によるサポートが必要である。

最後に、統合ITシステムの導入が望ましいことを指摘する。参加機関全てがアクセスできる統合ITシステムは重要である。ただし、完全に統合されたITシステムが導入された地方自治体は少ない。統合ITシステムがないために、多機関連携による保護が困難になったり、有効性が損なわれたりしている。過去のIT『ソリューション』に対する失望から、

ITシステムの効率性については懐疑的な向きもある。マンロー報告によれば、多様な機関出身の職員が共同で子どもに援助しようとしなければ、ITシステムの有効な活用はありえない。さらに、多機関連携においては専門家としての判断は極めて重要であり、IT技術に頼りすぎてはならない。また、多機関にわたる完全に統合したシステムは不可能だと考える回答者も多い。現在の財政状況を前提とするなら高価なITシステムを導入しようとする動きはないだろうと考えられる。そこで、一部には、警察以外の機関の職員に対し、警察のITネットワーク（Police National Computer）へのアクセスのための研修を行うなどの代案が、コスト面からは有効だと考える声もある。

これら以外にも、多機関連携チームに出向する職員を頻繁に入れ替え、多機関連携チームの能力を向上させ、各機関に情報や経験をフィードバックすることも重要との意見があった。

<地方自治体での構成例の一部紹介>

文中のFTEは、Full-Time Equivalentの略称であり、1FTEはフルタイム職員1人分である。1FTEは半日のみ働くパートタイム職員2名を当ててもよい。

コーンウォール（Cornwall）の構成例

月間平均通告数850件から1000件。上級ソーシャルワーカー（1FTE）、ソーシャルワーカー（8FTE）、専門家リエゾン職員（8FTE）、警察官（巡査部長、Sergeant、ただし英国では上位約22%に含まれる階級、1FTE）、アルコール及び薬物乱用の専門家（0.5FTE）、小児医療・保健従事者（医師、看護師など0.5FTE）、保護に関する専門知識を持つ学校長職経験者（1FTE）、早期援助コーディネーター（1FTE）

ハンブシャー（Hampshire）

警察官（巡査部長、6FTE）、警察一般職員（11FTE）、ソーシャルワーカー（11FTE）、児童受け入れチーム（15FTE）、成人対策チーム（6FTE、今後15FTEに増加させる予定）、医療・保健スタッフ（4FTE、今後7FTEに増加させる予定）

ブラッドフォード（Bradford）

警察官（1FTE）、巡回保健師（1FTE）、教育ソーシャルワーカー（1FTE）、ソーシャルワーカー（10FTE）、介護チームマネジャー（1FTE）

ケント郡（Kent County）

SCSはSpecialist Children Serviceの略称、児童専門福祉機関。SCS中央児童専門援助通告窓口及び時間外サービスマネジャー（1FTE）、チームマネジャー（SCSより2FTE）、上級職員（SCSより16FTE）、スタッフ職（SCSより16FTE）、家庭裁判所児童青少年コーディネーター（SCSより2FTE）、上級職員（成人対応、3FTE）、スタッフ職（成人対応、4FTE）、専門保健担当（医療・保健、1FTE）、保護アドバイザー（医療・保健、1FTE）、地方自治体政府派遣員（1FTE）、保護司（0.4FTE）、人身保護部門警察官（警部、英国警察では上位7%の階級）（1FTE）、人身保護部門捜査担当警察官（巡査部長、英国では犯罪捜査担当警察官と他部門の警察官を区別する）（9FTE）、DVアドバイザー（ケント警察より0.6FTE）、事務職員（ケント警察より9FTE）、家事審判・審理アドバイザー（0.2FTE）

バリー (Bury)

バリーのMASHはバリー警察署内にある。医療・保健職保護専門家 (1FTE)、ソーシャルワーカー (4FTE)、事務職員 (警察2FTE、児童相談所3FTE)、DVおよび児童保護専門警察官 (3FTE、ただし交替制)、警察官 (巡査部長、1FTE)、児童相談所チームマネジャー (1FTE)、学校出席確認担当職員 (1FTE)、保護司 (パートタイム1名)、住宅担当職員 (パートタイム1名)、薬物乱用早期対応職員 (パートタイム1名)、児童青少年性虐待専門警察官 (1FTE)、警察精神保健リエゾン担当職員 (1FTE)

サンドウエル (Sandwell)

2014年2月には171件の通告を受けた。通告のトリアージは、4時間以内対応、24時間以内対応、72時間以内対応に分けて行われる。4時間以内対応、24時間以内対応のケースがあった場合には続いてMASHミーティングが行われる。MASH構成員は、警察、ソーシャルワーカー、住宅部門職員、保護司、保護担当看護師、精神衛生担当看護師、青少年援助担当、教育、DV担当看護師、成人担当、家事審判・審理コーディネーター、女性援助担当

以上

参考文献

Department of Education (2011) The Munro Review of Child Protection: Final Report A child-centred system

Department of Health (2003) The Victoria Climbié Inquiry, London, Department of Health

HMSO (1974) Report of the Committee of Inquiry into the Care and Supervision Provided in Relation to Maria Colwell, London,

Home Office (2014) Multi Agency Working and Information Sharing Project Final Report

Howells, J.G. (1974) Remember Maria, Butterworth

Munro, E., (2005) A Systems Approach to Investigating Child Abuse Deaths, British Journal of Social Work, 35, pp. 531-546

児玉正博 (1994) 登校拒否児へのカウンセリング実践講座-3-システム・アプローチによる学校適応への試み 児童心理 48(1), p91-97

田邊泰美 (2006) イギリスの児童虐待防止とソーシャルワーク、明石書店

田澤あけみ (2012) マンロー報告書(最終版)にみるイギリス児童保護政策の軌跡と転換、人間の福祉：立正大学社会福祉学部紀要 26, p25-43

村上龍彦 (2004) 子どもが生きるカウンセリング技法(27)システムズアプローチ--対象をシステムとして捉えアプローチする 児童心理 58(9), p159-147

(付記) 本稿は、科学技術振興機構社会技術研究開発センター (JST/RISTEX) の「安全な暮らしをつくる新しい公／私空間の構築」研究領域における研究プロジェクト「親密圏内事案への警察の介入過程の見える化による多機関連携の推進」(研究代表者・田村正博当研究所長) による研究成果の一部である。

